



POLIZZA INFORTUNI INTEGRATIVO TESSERATI N.

MODULO DENUNCIA DI SINISTRO

Da spedire a : *CARIGE s.p.a.*

Responsabile Ufficio Sinistro:

INFORTUNATO

Cognome e Nome _____ Data e luogo di nascita _____

Domicilio _____ Telefono _____

Cognome e Nome di un genitore in caso di infortunato minorenne _____

CIRCOSTANZE DELL'INFORTUNIO

Giorno _____ ora _____ Località in cui è avvenuto l'infortunio _____

Modalità e cause dell'infortunio _____

Lesioni riportate _____

ALLEGARE:

- () Fotocopia del certificato del Pronto Soccorso e/o del medico che ha prestato le prime cure;
- () Originale delle fatture per le spese mediche sostenute;
- () Copia della cartella clinica in caso di ricovero in Istituto di Cura.

Data _____ Firma dell'infortunato o del genitore _____

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili per finalità assicurative/liquidative

Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità assicurative/liquidative apponendo la Sua firma ed autorizzando così la Società CARIGE s.p.a. al suddetto trattamento per i sinistri di propria competenza.

Data sottoscrizione modulo

Firma dell'infortunato o del genitore
